

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS BÉNIGNES PRIMITIVES DE L'URETÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 4 Juillet 1952

PAR

ÉDOUARD COLLET

Né le 1^{er} Septembre 1923 à Lyon (Rhône)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. FIOLE
M. RECORDIER

M. CHAUVIN
M. GRANJON

MAISON AUBANEL PÈRE, AVIGNON

1952

**Contribution à l'Etude
des tumeurs bénignes primitives de l'uretère**

FACULTÉ MIXTE
DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE
DE MARSEILLE N°

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUMEURS BÉNIGNES PRIMITIVES DE L'URETÈRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine Générale et Coloniale
et de Pharmacie de Marseille

Le 4 Juillet 1952

PAR

ÉDOUARD COLLET

Né le 1^{er} Septembre 1923 à Lyon (Rhône)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. J. FOLLE
M. RECORDIER

M. CHAUVIN
M. GRANJON

MAISON AUBANEL PÈRE, AVIGNON

PERSONNEL ENSEIGNANT

DE LA FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE GÉNÉRALE ET COLONIALE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN.

Assesseur : F. RIMATTE.

Doyen Honoraire : L. IMBERT.

Professeurs Honoraires MM. GAUJOUX, AUBARET, AUDIBERT, JOYEUX, OLMER, ROCHE, GABRIEL, HECKENROTH, BELTRAMI, BREMOND.

Chargé de Cours Honoraire : M. TIAN.

Secrétaire : J. COMTE.

Bibliothécaire : Mlle PERRIN.

Professeurs

Anatomie	GRISOLI.
Anatomie Pathologique et Carcinologie Clinique	N...
Bactériologie et Pathologie Générale	POURSINES.
Chimie Analytique et Hydrologie	RIMATTEI.
Chimie Médicale	DERRIEN.
Clinique Chirurgicale	FIOLLE.
Clinique Chirurgicale	MOIROUD.
Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédique	SALMON.
Clinique Chirurgicale Thérapeutique et Chirurgie Expéri- mentale	DE VERNEJOUL.
Clinique Dermatosyphigraphique	CHARPY.
Clinique Exotique	BLANC.
Clinique des Maladies Nerveuses	ROGER.
Clinique Médicale	MATTEI.
Clinique Médicale	POINSO.
Clinique Médicale Thérapeutique	J. OLMER.
Clinique des Maladies des Voies Digestives et de la Nu- trition	MONGES.
Clinique Médicale Infantile	GIRAUD.
Clinique Obstétricale et Gynécologie	VAYSSIERE.
Clinique Ophtalmologique	JAYLE.
Clinique Neurochirurgicale	PAILLAS.
Clinique Urologique	CHAUVIN.
Histoire Naturelle	BALANSARD.
Histologie	ROMIEU.
Hygiène et Médecine Préventive	VIOLE.
Médecine Légale et Médecine du Travail	MOSINGER.
Parasitologie	SAUTET.
Pathologie Chirurgicale	CARCASSONNE.
Pharmacodynamie et Matière Médicale	F. MERCIER.
Pharmacie Chimique et Toxicologie	VIGNOLI.
Pharmacie Galénique	DELPHAUT.
Physiologie	MORIN.
Physique Médicale	DUBOULOZ.
Thérapeutique	PIERI.
(Professeur sans Chaire)	ARNOUX.



Agrégés libres

MM. BERTHIER.
AUDIER.
BRAHIC.
CHOSSON.

MM. DOR.
FIGARELLA.
IMBERT.
RECORDIER.

Agrégés en exercice

MM. BERNARD.
GRANJON.
HENRY.
JOUVE.
LAMY.
LAVAL.
LENA.

MM. MONGES Henri.
OLLIVIER.
OURGAUD.
PAOLI.
RAYBAUD.
VAGUE.

Maitres de Conférences-Agrégés

MM. DONNET.
DUMAZERT.
GASTAUT.
MOURGUE.

MM. PELISSIER.
PICARD.
RANQUE.
ROUX.

Chargés des fonctions d'Agrégés

<i>Pharmacodynamie et Matière Médicale</i>	J. MERCIER.
<i>Clinique Oto-Rhino-Laryngologique</i>	CARREGA.

A mon *Président de thèse*,
le *Professeur J. FIOLE*.
professeur de clinique chirurgicale.

A M. le *Professeur CHAUVIN*,
professeur de clinique urologique.

A mon *Jury de thèse*
MM. les Professeurs agrégés
RECORDIER et GRANJON



Digitized by the Internet Archive
in 2026

*A M. le Professeur MATTEI,
professeur de clinique médicale.*

*A mes Maîtres
de la Faculté de Médecine de Marseille.*

*A M. le Professeur CIBERT,
professeur de clinique urologique
de la Faculté de Médecine
de Lyon.*

*A M. le Docteur CHARLET
et
à M. le Docteur MATHIEU ROUX
chirurgiens urologistes des Hôpitaux d'Avignon.*

*A mes Maîtres
des Hôpitaux d'Avignon.*

INTRODUCTION

Les tumeurs de l'uretère sont rares. Elles peuvent être secondaires, c'est-à-dire consécutives à des tumeurs du bassin par greffe au niveau de l'uretère de bourgeons issus de la néoformation sus-jacente. Elles peuvent être, par contre, primitives, nées dans l'uretère, et ce sont les plus rares. Nous bornerons notre étude aux tumeurs bénignes, primitives, strictement limitées à l'uretère.

Le Docteur CHARLET a bien voulu nous donner l'observation d'un très beau cas de polype de l'uretère, diagnostiqué avant l'intervention.

Nous présentons d'autre part, une seconde observation inédite, due à l'obligeance de M. le Professeur CIBERT.

Après un bref rappel étiologique, nous avons exposé les symptômes cliniques des tumeurs urétérales et les diverses méthodes des examens complémentaires, particulièrement importants pour le diagnostic. Nous avons également étudié les complications que ces tumeurs sont capables d'entraîner. Enfin, nous avons terminé par l'étude d'un traitement approprié, traitement variable suivant le siège de la tumeur et l'état du rein sus-jacent.

Pour donner une idée de la rareté de ces tumeurs urétérales, nous avons relevé les statistiques suivantes :

— SWIFT-JOLY cite seulement 49 papillomes dans une série de 133 tumeurs primitives.

- STAMPINATO nous donne le rapport suivant :
 - ASCHNER, jusqu'en 1922, recueille 47 cas, dont 26 malins.
 - KRETSCHENER, en 1924, 33 cas.
 - STEWART, en 1926, 54 cas.
 - KUMMEL, en 1928, 61 cas.
- CHAUVIN et CERATI, en 1931, réunissent 112 cas bénins et malins.
- CAUVIN (thèse de Paris, 1944) relève dans la littérature mondiale, 223 tumeurs dont 70 seulement sont bénignes.

ÉTIOLOGIE

Influence de la lithiase urétérale.

De l'ensemble des statistiques, il résulte que, sur trois tumeurs, une seulement est bénigne, du moins histologiquement.

Depuis longtemps, on a remarqué la coïncidence de tumeurs bénignes et de calculs urétéraux. Aussi pour certains auteurs, les calculs seraient à ranger parmi les causes étiologiques générales des tumeurs urétérales. Ce serait par l'irritation mécanique que leur présence détermine, que ces calculs agiraient. Mais il est aussi logique de se demander si le calcul est primitif à la tumeur de l'uretère ou s'il n'est que secondaire à elle et à la stase que la tumeur engendre dans le bassinet et l'uretère.

STEWART, sur 54 cas de tumeurs urétérales, trouve 11 fois des calculs.

ALBARRAN en trouve dans 31 % des tumeurs urétérales.

KRESTSCHNER, dans 14 %.

CHAUVIN et CERATI, dans 8,3 %, sur une série de 100 cas.

Influence du sexe.

CHAUVIN et CERATI trouvent une proportion égale dans l'un et l'autre sexe, mais sur un ensemble de tumeurs malignes et bénignes.

CHAUVIN, sur 70 cas de tumeurs bénignes, trouve une proportion de 62 % chez les hommes et de 38 % chez les femmes.

Influence de l'âge.

Elle est assez sensible, mais ne diffère pas beaucoup de celle obtenue pour les tumeurs des autres organes. Il semble que la plus grande fréquence se situe entre 50 et 70 ans.

D'autres causes ont pu être incriminées :

Telles sont les malformations congénitales, les traumatismes.

En fait, les observations ne portent que sur un ou deux cas et il s'agirait plutôt de coïncidence, car l'on conçoit difficilement le mécanisme de ces étiologies.

RAPPEL ANATOMO PATHOLOGIQUE

Les tumeurs peuvent siéger en n'importe quel point du trajet de l'uretère, mais il semble que la localisation au niveau du tiers inférieur soit la plus fréquente. Quant au côté atteint, les statistiques donnent des chiffres sensiblement identiques.

Quand on parle de tumeur bénigne de l'uretère, il s'agit soit de polypes, soit d'adénomes papillaires. Nous n'avons retrouvé, dans la littérature, que deux autres types de tumeurs : un fibro lipome, et un neuro fibrome.

Caractères macroscopiques.

Le volume de la tumeur dépend de la précocité de l'intervention, c'est-à-dire de l'âge de la tumeur. En fait, celle-ci ne dépasse pas une certaine grosseur. Il semble, en effet, qu'un certain volume atteint, la tumeur ne se développe plus.

La grosseur varie d'un grain de millet à une noix. L'aspect en est variable, tantôt c'est une tumeur lisse, arondie, plus ou moins pédiculée, tantôt ce sont des tumeurs à franges plus ou moins fines.

Les polypes.

JEANBREAU les décrit de la manière suivante : « Ils se présentent habituellement sous la forme de tumeurs uniques ou multiples de petit volume, de couleur rouge ou grisâtre, à surface luisante, molles, pédiculées ou villeuses, arborescentes quand on les examine sous l'eau. »

Au point de vue histologique, ces tumeurs sont formées d'un axe conjonctif, ramifié, qui en forme la charpente. Quant aux

villosités, elles sont recouvertes d'une couche épithéliale d'épaisseur normale. L'axe conjonctif est en continuité directe avec le tissu sous-muqueux de l'uretère et contient parfois, près de son point d'implantation, des cellules musculaires lisses. Dans ce tissu conjonctif et se ramifiant, on note des vaisseaux sanguins, fort développés et à paroi mince, ce qui explique la tendance hémorragique de ces tumeurs.

Il s'agit donc, histologiquement, d'un aspect bénin, ne s'accompagnant ni de rupture de la basale, ni d'infiltration de la paroi, ni d'adénopathie, mais la transformation néoplasique est toujours possible.

Les adémons papillaires.

Leur aspect est plus renflé et plus trapu que celui du papillome, fongiformes ils sont constitués de petites masses arrondies, à surface assez régulière et unie. Histologiquement, il s'agit d'une tumeur glanduliforme, revêtue à sa surface d'un épithélium cubique.

SYMPTOMATOLOGIE

Symptomatologie fonctionnelle.

Il existe 4 signes dont la constatation d'un seul déclanchera la série habituelle des examens complémentaires urologiques.

Ces 4 signes sont, par ordre d'importance :

- l'hématurie ;
- la douleur ;
- les troubles vésicaux ;
- l'augmentation de volume du rein.

Notons, d'ailleurs, que ces symptômes sont ceux de nombreuses affections de l'arbre urinaire et n'ont rien de pathognomonique. Ils sont le signal qui amène le malade à consulter.

Pour ALBARRAN, l'hématurie est le signe révélateur.

Pour JEANBREAU, c'est la douleur.

CHAUVIN et CERATI trouvent comme signe de début, l'hématurie dans 40 % des cas et la douleur dans 18 %.

CAUVIN, sur 70 cas de papillomes bénins, trouve, comme manifestation initiale :

- l'hématurie dans 55 % des cas ;
- la douleur dans 11 % ;
- les troubles vésicaux dans 16 %.

Il est évident que le mode de début est variable suivant le type et le développement de la tumeur.

Un petit polype peut saigner abondamment et éveiller l'attention du malade, alors qu'une tumeur peut s'être développée sans avoir presque saigné et entraîner des lésions du rein sus-jacent déclanchant des douleurs, de l'infection et une tuméfaction rénale.

L'hématurie.

C'est le symptôme capital. Elle est du type néoplasique. C'est une hématurie totale, abondante, avec du sang rouge et parfois des caillots, elle ne s'accompagne pas de douleur.

Elle est spontanée, survenant sans cause (fatigue, cahots, mouvements intempestifs). Elle est capricieuse, apparaissant, puis disparaissant pour reparaître après un temps plus ou moins long.

Ces caractères ne sont pas constants, l'hématurie peut être peu abondante, parfois même microscopique. Par contre, elle peut être extrêmement importante et l'abondance des caillots nécessiter une cystotomie. Elle peut, enfin, être associée à des symptômes vésicaux, par infection vésicale associée.

Le sang provient surtout de la tumeur elle-même, qui, comme nous l'avons vu, est fortement vascularisée. EGGERS pense que l'hématurie n'a pas toujours son origine au niveau de la tumeur elle-même, mais que le sang vient du rein, à la suite de phénomènes congestifs.

Toutefois les statistiques montrent une plus grande fréquence de l'hématurie dans les tumeurs malignes que dans les tumeurs bénignes : 83 % contre 55 %. Or comme ces premières sont plus vascularisées que les secondes, cela tendrait à prouver l'importance de l'origine tumorale dans la genèse de l'hématurie.

La douleur.

Rencontrée dans 1/5 des cas environ. Elle est loin d'être un signe de valeur quand elle est isolée.

Parfois, il s'agit de coliques néphrétiques.

L'étiologie s'en expliquerait facilement en cas de lithiase associée, sinon, il faudra en rechercher l'origine dans la présence de caillots ou de la tumeur elle-même, jouant le rôle de corps étranger et provoquant la distension du bassin.

La tumeur elle-même nous paraît une cause suffisante pour expliquer les douleurs. Elle constitue un obstacle au passage des urines, d'où apparition d'un réflexe de défense dans la paroi même de l'uretère sous forme d'une exagération du péristaltisme analogue en tout point à celui qu'on observe en cas de lithiase.

Les douleurs peuvent aussi rappeler celles de l'hydro-néphrose. Il s'agit de sensations de pesanteur lombaire ou même de douleur vraie avec irradiations, soit vers le haut, soit vers l'aîne ou l'ombilic.

Les troubles vésicaux.

Ils sont à type de cystite et généralement liés à l'infection vésicale. On observera une dysurie, des brûlures vésicales, de la pollakiurie.

La tuméfaction rénale.

C'est un mode de début fréquent. On perçoit dans le flanc du malade, une tumeur généralement de consistance molle, parfois fluctuante. C'est le gros rein hydronéphrotique. Cette hydronéphrose s'accompagne de douleurs lombaires plus ou moins vives, elle se complique souvent d'infection.

Nous reviendrons plus longuement sur cette hydronéphrose au chapitre des complications.

EXAMENS UROLOGIQUES COMPLÉMENTAIRES

L'analyse d'urines sera le premier geste. Elle montrera un peu d'albumine, parfois du pus, souvent du sang, exceptionnellement des cellules épithéliales de néoformation.

1. — Cystoscopie.

Elle peut permettre de situer la tumeur à droite ou à gauche et de la découvrir si elle est située à l'extrémité inférieure.

1^{er} cas : Existence d'une tumeur urétérale procidente par le méat.

Le signe a été signalé pour la première fois par GERMSTEIN.

Tantôt, on voit la tumeur en entier positivement accouchée dans la vessie et reliée à l'uretère, à travers le méat urétéral, par un pédicule plus ou moins long. Tantôt, au contraire, la tumeur est intra-urétérale et ne fait que « montrer son nez » au méat.

SORENTINO a décrit une de ces tumeurs en ces termes : « Par l'orifice urétéral gauche, faisait saillie dans la vessie, une tumeur ayant tous les caractères cystoscopiques d'un papillome, de forme allongée, mesurant 4 à 5 centimètres. La partie libre vésicale était élargie, beaucoup plus rétrécie était celle qui apparaissait hors de l'orifice. En déplaçant la tumeur avec une sonde urétérale, on en voyait mieux la partie amincie et l'orifice urétéral qui était élargi, mais, caractéristique intéressante, la tumeur venait faire hernie dans la vessie et rentrait partiellement dans l'uretère synchroniquement aux systoles et aux diastoles urétérales. »

2^{me} cas : Modifications entraînées par une tumeur urétérale, invisible au cystoscope, au niveau du méat et de la région périméatique.

On a pu voir un aspect punctiforme du méat dû à un œdème important de la région.

On a décrit également un orifice urétéral largement béant, en l'absence de toute tumeur visible, celle-ci distendant le méat à distance.

En fait, ces signes sont de peu de valeur et rarement trouvés.

Plus intéressante est la constatation d'un caillot sanguin au niveau du méat.

On peut enfin noter de petites greffes vésicales de la tumeur urétérale. Ces greffes siègent dans la région périméatique et sont le témoin de la tumeur urétérale sus-jacente, mais il s'agit alors d'une polypose pyélo-urétéro-vésicale qui sort du cadre de cette étude.

3^{me} cas : Modifications de l'éjaculation urétérale.

L'absence d'éjaculation est fréquente, mais elle est le signe de toutes les obstructions de l'uretère, quelle qu'en soit la cause.

L'éjaculation sanglante est très fréquente, la cystoscopie étant pratiquée en période hématurique bien entendu, comme dans la première de nos observations. Elle renseigne non sur le siège de la tumeur, mais sur le côté atteint.

2. — Le cathétérisme urétéral.

Les tumeurs situées au-dessus de l'extrémité inférieure de l'uretère échappent à la cystoscopie, c'est donc le cathétérisme urétéral qui pourra nous fournir des renseignements sur les tumeurs non extériorisées dans la vessie. Les indications qu'il peut fournir ne sont pas toujours d'égale valeur et parfois même font complètement défaut.

a) Signe de la butée sanglante.

En fait, le cathétérisme fournit un signe d'importance capitale quand il peut être mis en évidence : c'est le signe de la butée sanglante, décrit par CHEVASSU et MOCH, en 1912. Ils remarquèrent, au cours d'un cathétérisme, que le simple contact de la sonde avec un obstacle provoquait un saignement. Toutefois, ce signe est loin d'être constant, comme nous le verrons plus loin, dans

une de nos observations où non seulement la sonde n'a pas déclanché de saignement, mais encore, n'a même pas été arrêtée dans sa progression.

Si donc, le signe est positif, sa valeur est certaine, sinon il n'exclut pas la présence d'une tumeur.

b) Signe du saignement interrompu.

Le signe du saignement interrompu est le second fourni par le cathétérisme urétéral, décrit par MARION, en 1914. Chez un malade en hématurie, on cathétérise l'uretère qui saigne et l'on a les résultats suivants :

- à 5 cm : sang.
- à 10 cm : sang.
- à 15 cm : sang.
- à 18 cm : urine claire.

Ce signe d'une grande valeur est, malheureusement, rarement mis en évidence. Il faut, en effet, que la sonde puisse franchir la tumeur, que celle-ci saigne, que le sang ne reflue pas vers le rein et que le rein lui-même n'ait pas saigné, entraînant la formation de liquide uro-hématique au-dessus de l'obstacle. CHAUVIN et CERATI différencient le sang venu du rein de celui de la tumeur, car le premier a une couleur chocolat.

Ce signe, lorsqu'il est retrouvé, renseigne exactement sur le siège de la tumeur.

3. — L'exploration radiologique.

- Une radiographie de l'arbre urinaire sans préparation.
 - Une urographie intra-veineuse
 - Une pyélographie rétrograde
- seront nécessaires.

La pyélographie rétrograde.

C'est un examen de réelle valeur, mais qui n'est pas toujours possible, soit par atrésie du méat, impossible à cathétériser, soit, au contraire, par reflux du liquide de contraste dans un uretère dilaté. On peut remédier à cet inconvénient, en utilisant une sonde à bout olivaire, empêchant le reflux et en laissant le cystoscope en place pour éviter tout déplacement de la sonde (méthode de CHEVASSU).

Suivant les possibilités, on peut, soit injecter le liquide opaque au niveau de la butée (siège présumé de la tumeur), soit, ce qui nous semble préférable, monter la sonde jusqu'au bassinnet et pousser le liquide tout en la retirant.

Différents aspects radiologiques ont été décrits, notamment par KEY, AKERLAND et SCHEELE.

Les images sont difficiles à décrire et le mieux est de voir des clichés. Toutefois, il est classique de décrire l'image en coupe de champagne, typique du polype pédiculé à surface lisse.

Le bord supérieur de l'image présente une concavité dirigée vers le haut, correspondant à la limite inférieure, arrondie de la tumeur, tandis que le corps même de la coupe et son pied correspondent à l'uretère sous-jacent plus ou moins distendu.

Cette image, d'après KEY et AKERLAND, permet, lorsqu'elle est rencontrée immédiatement au-dessous d'un défaut de remplissage de l'uretère, de porter le diagnostic de tumeur et d'exclure la lithiase.

Les images en pinceau ou en crayon seraient plutôt en rapport avec des tumeurs malignes ou des polyposes diffuses.

La pyélographie rétrograde nous renseigne également sur les déformations de l'uretère et du rein, au-dessus de la tumeur (hydronéphrose, déformations urétérales).

L'urographie intraveineuse.

Elle permet non de porter un diagnostic, mais de localiser la lésion, au niveau de l'uretère. Elle renseigne également sur la valeur fonctionnelle des reins et sur les déformations sus-jacentes à l'obstruction, mais elle ne donne que peu de renseignements sur la nature même de l'obstruction.

DIAGNOSTIC

Il se déduit de l'association de plusieurs des symptômes que nous avons décrits. C'est un diagnostic d'élimination difficile. Ce peut être parfois un diagnostic opératoire.

Dans la pratique courante, on devra penser à une tumeur de l'uretère devant les faits suivants :

1^{er} cas. — Chez un malade présentant des hématuries.

Une cystoscopie montre une tumeur accouchée par le méat ou des franges papillomateuses sortant par le méat, cas de diagnostic facile.

2^{me} cas. — Chez un hématurique la cystoscopie ne montre rien de vésical, une urographie intraveineuse rien de rénal, mais un arrêt urétéral. C'est là que le cathétérisme rend les plus grands services, surtout associé à la pyélographie rétrograde.

Notons que le signe de la butée sanglante peut être provoqué par un diverticule urétéral ou un rétrécissement, voire un calcul.

3^{me} cas. — Un malade présente un gros rein avec hématuries. On pense à une néoplasie ou à une hydronéphrose. C'est encore le cathétérisme associé à la pyélographie qui pourrait mettre sur la voie du diagnostic.

4^{me} cas. — Enfin l'hématurie peut ne pas faire sa preuve, bien que certainement urétéro-rénale et nécessiter une lombotomie exploratrice. Ne trouvant rien au bassinot ni au rein, on explorera l'uretère au doigt.

Signalons également l'intérêt de l'exploration per-opératoire de l'uretère à la bougie. Préconisée par MARION, elle a permis à FALAISE, opérant une malade d'hydronéphrose, mais ayant soupçonné une tumeur, de déclancher un saignement révélateur d'un polype bas de l'uretère. « C'est l'exploration de l'uretère à la bougie pendant l'intervention qui a permis de ne pas se contenter du diagnostic simpliste de saignement par hydronéphrose. »

COMPLICATIONS

Elles peuvent tenir au polype lui-même.

a) Les hémorragies.

L'hématurie peut être extrêmement abondante et la vessie remplie de caillots. L'évacuation par sondage peut ne pas être possible, comme dans l'observation de SUTER où une cystotomie dut être pratiquée.

D'autre part, les hématuries, par leur abondance ou leur répétition, peuvent entraîner des phénomènes d'anémie, parfois assez intense, pour obliger à intervenir d'urgence.

b) L'inoculation secondaire urétérale ou vésicale.

Elle se produit par greffe de bourgeons, issus de la tumeur, mais la polypose urétéro-vésicale est en dehors de notre sujet.

c) La transformation néoplasique.

Elle est toujours possible et il est difficile par l'examen histologique de faire une limite nette entre papillome bénin et épithélioma papillaire.

Pour certains, le seul fait de la propagation de la tumeur par greffes successives, confère à ces tumeurs un caractère de malignité.

d) Le retentissement mécanique.

Quel que soit le siège, le nombre ou le volume des polypes, ils finissent toujours par retentir sur le rein et l'uretère.

Ce retentissement rénal a été observé, même en cas de tumeur de l'extrémité toute inférieure de l'uretère avec oblitération incomplète de l'orifice urétéral. Ce retentissement ne serait donc pas dû, pour certains auteurs, uniquement à une obstruction de l'uretère, mais également à des modifications de la dynamique pyélo-urétérale, la tumeur jouant alors le rôle d'une épine irritative.

Les lésions que l'on constate sont analogues à celles observées après ligature incomplète de l'uretère. La dilatation commence au niveau du bassinet, car elle est secondaire à la dilatation rénale et elle descend progressivement à la rencontre de la tumeur. Dans certains cas, l'uretère est non seulement dilaté, mais encore plicaturé, coudé, tordu sur lui-même.

Dans une observation de W. Dix, un polype de l'uretère tirant sur son pédicule avait même réussi à créer une véritable invagination de la paroi de l'uretère sur lui-même.

e) Les lésions rénales.

Elles sont beaucoup plus importantes et sont constatées dans la grande majorité des cas (95 %, d'après CAUVIN).

Elles sont fonction de l'âge du polype, mais elles peuvent, parfois, survenir très précocement :

— Au tout début, il ne s'agit que d'une simple distension du bassinet, puis la dilatation s'étend aux calices, le volume du rein augmente. Il prend un aspect bosselé, tendu. Sa capacité peut atteindre jusqu'à 200 cc. La coque rénale, repoussée progressivement, s'amincit jusqu'à ne plus avoir que quelques millimètres d'épaisseur. Le rein est devenu une cavité kystique bridée et cloisonnée intérieurement. C'est le stade terminal avec mort complète du rein.

Ces modifications anatomo-pathologiques du tractus réno-pyélo-urétéral sont expliquées par les troubles dynamiques et mécaniques que la tumeur entraîne.

Ces troubles sont constitués par des paralysies ou au contraire un état hyper-spasmodique de la musculature urétérale, avec pour conséquence une distension des cavités, ce qui explique l'apparition du retentissement rénal, même en cas d'obstruction minime de l'uretère.

Le polype peut aussi, par son volume, jouer le rôle d'un véritable corps étranger, obstruant la lumière urétérale et entraînant de la rétention en amont.

Cette stagnation de liquide a comme conséquence la formation d'un liquide uro-hématique. La présence de sang étant due soit

à des lésions à type de néphrite hématurique, soit à une hémorragie à vacuo. au moment où le spasme urétéral cède.

Une autre conséquence est l'infection secondaire survenant facilement sur un rein fragilisé. Cette infection secondaire se produit par voie endogène. Cliniquement, elle se traduit par un syndrome de pyonéphrose, suivant les cas ouverte ou fermée. Les douleurs, la fièvre, la polynucléose sanguine, l'examen des urines mettent sur la voie du diagnostic de cette complication.

TRAITEMENT

Nous nous contenterons d'énoncer brièvement à ce chapitre les indications opératoires sans insister sur les techniques.

Le traitement sera variable suivant l'état du malade d'abord. Il est bien évident que l'on agira d'une manière différente suivant que l'on sera en présence d'un sujet jeune et résistant, ou au contraire d'un malade âgé ne pouvant supporter une intervention importante. Le traitement sera variable également suivant le siège de la tumeur. Nous envisagerons donc successivement, d'une manière un peu schématique, trois cas :

1^{er} CAS : *Tumeur pédiculée faisant plus ou moins issue dans la vessie.*

C'est l'indication de l'étincelage, qui donne des résultats excellents :

Disparition du polype, arrêt des hématuries.

Résultats excellents à condition, bien entendu, que le polype ne récidive pas, qu'il n'existe pas une autre néoformation au-dessus, invisible au cystoscope, enfin que l'état du rein sus-jacent soit suffisant.

MARION conseille également l'étincelage chez des malades âgés ne pouvant supporter une néphro urétérectomie. C'est ainsi qu'on a pu pratiquer la destruction par étincelage de polypes invisibles au cystoscope, mais cependant localisés à la partie inférieure de l'uretère.

2^{me} cas : *Tumeur des derniers centimètres de l'uretère.*

C'est dans ce cas que l'indication opératoire est la plus délicate. On a en effet le choix entre deux interventions : l'une, élégante, un peu osée, c'est l'urétéro cysto néostomie. L'autre, plus mutilante mais plus sûre, c'est l'urétéronéphrectomie.

On sera en droit de tenter l'urétéro cysto néostomie dans les conditions suivantes :

- a) Si l'on est absolument sûr de l'intégrité de l'uretère sus-jacent.
- b) Si l'état du rein du même côté est bon ; un rein hydro-néphrotique ou infecté contre-indiqueront l'intervention.
- c) Si, une fois l'uretère coupé au-dessus de la tumeur, la section est assez bas située, pour que le bout supérieur puisse être amené facilement au contact de la vessie. Il faut en effet une anastomose solide, donc sans tiraillements.

L'urétéro cysto néostomie est une intervention délicate dont les résultats sont souvent décevants. Il semble toutefois qu'il faille revenir d'une condamnation trop absolue. Des observations publiées (QUENU et FEY) prouvent que les résultats anatomiques et fonctionnels peuvent être tout à fait bons.

L'urétéro cysto néostomie devra céder le pas à la néphro-urétérectomie chaque fois que les conditions ci-dessus énumérées ne seront pas réalisées, c'est-à-dire lorsque l'on n'aura pas une sécurité totale quant à l'état de l'uretère et du rein sus-jacent.

3^{me} CAS : *Tumeurs hautes.*

L'indication opératoire ne se discutera plus : c'est la néphro-urétérectomie, opération mutilante mais très efficace. On enlève en effet tout l'uretère, y compris une collerette vésicale.

Elle nécessite bien entendu un rein opposé suffisant. Dans le cas contraire, on fera une urétérectomie suivie soit d'une urétérostomie cutanée, soit d'une néphrostomie définitive.

OBSERVATIONS

Observation 1, due à M. le docteur Charlet.

C... Marcel, 42 ans, employé des P.T.T., homme de bonne corpulence... en parfait état de santé, de tension normale, etc., nous est adressé le 20 août 1950, par le Docteur ANTONIN, pour petites hématuries, se répétant à intervalles espacés :

- la 1^{re} en septembre 1949 ;
- la 2^{me} en juillet 1950 ;
- la 3^{me} en août ;
- une 4^{me} se produira en septembre.

Hématuries totales de sang rouge, sans caillots, durant de 1 à 3 jours, peu importantes, sans douleurs lombaires, ni cystalgie.

Antécédents.

Il y a deux ans, épididymite gauche, peu douloureuse, assez volumineuse, peu de température, traitée par la pénicilline.

Examen.

Bon état général.

Examen clinique complètement négatif.

La cystoscopie ne montre rien de particulier.

Un recueil aseptique d'urines, qui sont normales, ne donne ni pus, ni albumine, ni microbes.

Le malade nous présente d'excellents clichés d'urographie intraveineuse faits par le Docteur REBOUL.

Le cliché d'exploration préliminaire ne montre rien.

Les pyélogrammes sont à peu près normaux, mais il y a quelque chose de pathologique au niveau de l'uretère pelvien

gauche (1), à quelques centimètres de la vessie et une légère dilatation urétérale au-dessus.

Le 16 septembre 1950, nouvelle petite hématurie. Au cystoscope, c'est l'uretère gauche qui saigne.

Essai avorté de cathétérisme pour pyélographie instrumentale (pas trouvé le méat).

Une nouvelle analyse d'urines montre un peu d'albumine, des hématies pas de microbes.

Le 15 octobre 1950, nouvelle urographie intraveineuse. Constatations identiques.

Le 20 octobre 1950, pyélographie rétrograde facile (2).

La sonde urétérale, introduite sans difficulté, ne fait pas saigner (pas de saignement provoqué).

Le diagnostic de néoplasie de l'uretère pelvien est posé, d'où indication opératoire.

N'ayant jamais vu semblable cas, nous demandons à Monsieur le Professeur CIBERT son avis et de bien vouloir se charger de l'intervention, ce qu'il accepte avec son amabilité coutumière.

Intervention, le 27 novembre 1950.

Anesthésie générale.

Incision para-médiane. Découverte de l'uretère par voie extra-péritonéale, en raison de la possibilité d'un calcul. L'uretère est découvert immédiatement au détroit supérieur et suivi vers le bas. Ligature de l'artère ombilicale et du déférent. Sous eux, on perçoit la tumeur molle, de la grosseur d'une olive. Résection d'une collerette vésicale. Dissection de l'uretère de bas en haut, fermeture de la vessie en deux plans, sur sonde de HARRIS.

Néphrectomie par laquelle on retire l'uretère, en totalité.

Suites opératoires : normales.

— cicatrisation « per primam », sans suppuration (antibiotiques : penicilline, 6.000.000 u., streptomycine, 12 gr.).

— sonde enlevée le 12^{me} jour (jamais d'urine par la plaie).

— température à 38°- 38°5, du 12^{me} au 17^{me} jour.

La pièce :

Le rein et l'uretère au-dessus de la tumeur sont normaux. La tumeur, de la grosseur d'une olive, est pédiculée dans l'uretère, très mobile, comme un battant de cloche, d'aspect bénin.

1. Nous donnons la reproduction de cette image radiologique.

2. Nous donnons également une reproduction photographique de cette pyélographie.

Examen histologique :

La tumeur papillaire, s'enfonçant profondément dans la paroi de l'urètre, mais ne présentant, au point de vue histologique, aucun signe d'épithélioma.

Nous avons revu plusieurs fois le malade :

- le 26 mai 1951,
- le 12 octobre 1951,
- le 7 février 1952.

Il a repris toute son activité.

Excellentes cicatrices.

Vessie normale (cystoscopie : petit recessus en demi-lune de la partie enlevée, d'aspect souple et sain).

Chaque fois, dans les urines :

- pas d'albumine,
- quelques polynucléaires, sans pus,
- des colibacilles.

Observation II, due à M. le Professeur Cibert.

S... Jean-Louis, 27 ans, nous est envoyé à la consultation.

Antécédents.

Phlegmon sous-maxillaire, soigné à la pénicilline, il y a deux ans.

Bonne santé habituelle.

Histoire actuelle.

Début le 15 juillet 1950, par une hématurie matinale inopinée, indolore, surtout initiale, ne durant que le temps de la miction.

Le lendemain, nouvelle hématurie à la première miction. Les mictions suivantes sont normales. Le malade, à ce moment, ne présente aucun trouble.

- pas de douleurs rénales, ni vésicales,
- pas de pollakiurie,
- pas de dysurie,
- urines claires.

Le 27 juillet, on pratique une radiographie montrant une atteinte du rein gauche.

On renvoie le malade chez lui, avec un traitement banal : stérogyl 15, vitascorbol.

Le malade revient un mois plus tard, en excellent état général. Bon appétit, pas d'amaigrissement, pas de douleurs, aucun signe urinaire : ni pollakiurie, ni dysurie, urines claires.

Examen général entièrement négatif.

Examen des urines : pas d'albumine, mais présence de pus, en petite quantité, rares hématies, à l'examen direct pas de microbes (pas de B.K.), cultures stériles.

Urographie intraveineuse :

— à droite : élimination et morphologie normales.

— à gauche : élimination très diminuée, au niveau du rein pomelures évoquant une tuberculose rénale.

Légère amputation vésicale gauche.

Cystoscopie (Docteur COLLENET) négative.

Le diagnostic urographique est soit bacillose, soit hydro-néphrose.

Indication opératoire : néphrectomie par précaution.

Intervention le 6 septembre 1950 (Monsieur le Professeur CIBERT).

Lombotomie gauche. Rein de volume normal, avec péri-néphrite assez importante, le bassinets très dilaté. Dissection de l'uretère qui est un peu gros d'emblée et qui, un peu plus bas que le pôle inférieur du rein, présente sur 6 centimètres environ, un renflement filiforme, gros comme le petit doigt. La consistance molle n'évoque pas le calcul ordinaire, sous protection, à la compresse, urétérotomie. Issue d'une tumeur d'aspect papillomateux, mais non vilieux, le diagnostic de tumeur de l'uretère, probablement primitive, est posé, d'où indication d'une néphro-urétérectomie.

Résection du segment d'uretère entre deux ligatures, puis néphrectomie.

Incision para-médiane gauche. Découverte de l'uretère pelvien, qui est normal. Résection partielle de la vessie.

La vessie est fermée en trois plans, sur sonde de HARRIS.

Suites opératoires : excellentes.

Antibiotiques (pénicilline, streptomycine).

Température normale au 7^{me} jour.

Ablation du drain, au 5^{me} jour, de la sonde le 11^{me} jour.

Lever le même jour.

Le 21 octobre 1950, état général en reprise, urines troubles, un peu d'albumine, pas de pollakiurie. Antiseptiques urinaires.

Le 2 décembre 1950, a grossi de 11 kg. depuis l'opération. Cicatrisation complète, urines troubles, reprend son travail.

Le 7 avril 1951, va bien, ne se plaint de rien.

La pièce :

Tumeur largement implantée, longue de 3 centimètres. Le rein présente une hydronéphrose de 50 cc. environ. Le bassinet est absolument normal, ce qui confirme le diagnostic de tumeur primitive de l'uretère.

L'ouverture de l'uretère inférieur, jusqu'à la vessie, ne montre aucune greffe.

Examen histologique :

Tumeur histologiquement bénigne, constituée par des formations papillaires, coupées en tous sens, reposant sur un tissu conjonctif assez dense, non inflammatoires et faites de cellules palissadiques en plusieurs couches, cellules jamais monstrueuses, ne présentant aucune image de division indirecte.

Assez fréquemment, la partie centrale de ces noyaux est liquéfiée et au pourtour de cette flaque liquide, les cellules s'aplatissent et prennent un aspect malpighien.

CONCLUSIONS

1. — Les tumeurs bénignes primitives et isolées de l'uretère sont très rares.

2. — Leur étiologie, malgré une proportion assez importante d'association lithiasique, reste inconnue.

3. — Au point de vue anatomique, il s'agit presque toujours de papillomes, plus rarement d'adénome papillaire, exceptionnellement d'un autre type histologique.

4. — La symptomatologie fonctionnelle qui amène le malade à consulter est trompeuse, car elle ressemble à celle de n'importe quelle affection urinaire. Heureusement, le signe le plus constant, qui est l'hématurie, déclanche la mise en œuvre des examens complémentaires, qui mèneront au diagnostic.

5. — L'examen capital consiste dans la cystoscopie, suivie du cathétérisme de l'uretère :

a) La cystoscopie permet, en cas de tumeur basse, de percevoir la tumeur ou une portion de la tumeur et d'en prélever un fragment aux fins de biopsie.

b) Le cathétérisme urétéral surtout peut montrer un arrêt dans l'ascension de la sonde avec apparition ou exagération de l'hématurie, puis si l'obstacle est franchi, un arrêt de l'hémorragie, malheureusement ce dernier signe, qui est pathognomonique, est loin d'être toujours trouvé.

6. — L'examen radiologique, urographie intraveineuse, et surtout pyélographie rétrograde, peut montrer des images évocatrices de tumeur urétérale. De toute façon, il montre au moins un arrêt du liquide sur l'uretère et l'état du rein sus-jacent.



Figure 1. — OBSERVATION I : Pièce opératoire ouverte.



Figure 2 OBSERVATION I : Urographie intraveineuse.
(Noter la dilatation sus-stricturale et l'image lacunaire).

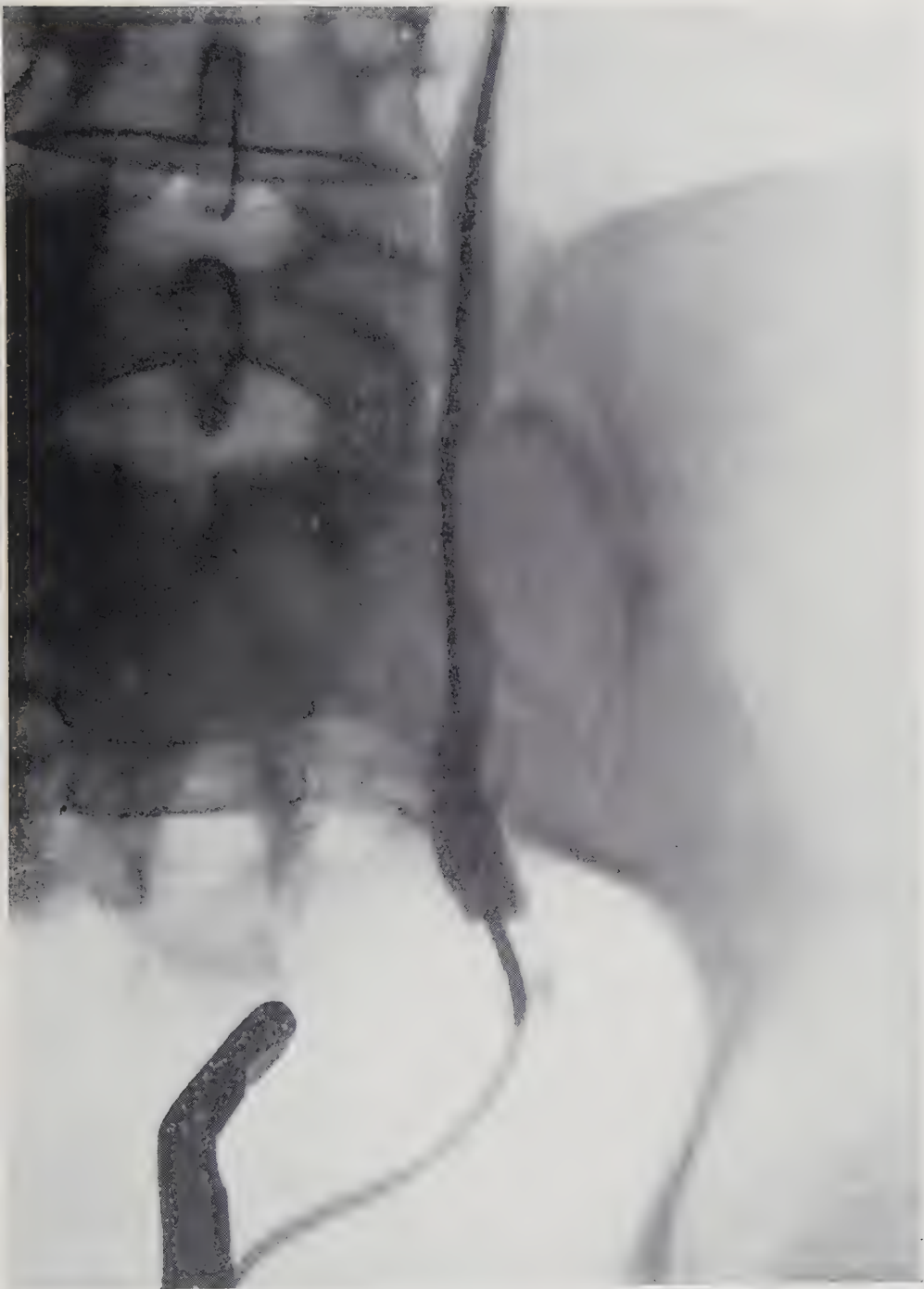


Figure 3. — OBSERVATION I : Pyélo rétrograde.
(Remarquer la filtration du liquide opaque entre la tumeur et la paroi urétérale).

7. — Les indications thérapeutiques sont simples et se déduisent du siège de la tumeur :

- a*, Destruction, sous contrôle endoscopique, par étincelage dans le cas de tumeur pédiculée, faisant issue dans la vessie.
- b*, Urérectomie partielle avec réimplantation de l'uretère dans la vessie, dans le cas de tumeur des derniers centimètres de l'uretère.
- c*, Néphro-urérectomie totale, en cas de tumeur haute ou étendue et cela si le rein opposé est suffisant. Dans le cas contraire, urérectomie totale et urétérostomie cutanée ou néphrostomie définitive.

BIBLIOGRAPHIE

- ADIB. — Hydronéphrose par lésion de l'uretère supérieur uretéro-pyélo rétrograde (*Thèse, Paris, 1930*).
- AGUSTIN HIDALGO et FERNANDEZ CANO. — Un caso de tumor del meato ureteral en la mujer (*Revista española de Urologia, Madrid 3 N° 1, juillet, septembre 1935, p. 29*).
- ARRIGONI (G.). — Papilloma primitivo dell'uretère in prostatico (*Urologia, anno XVIII, fasc. III, seconda serie, anno VI, fasc. III, p. 251*).
- ALBARRAN. — (*Journal d'Urologie, 1900, p. 701*).
- ARGUE (H.-S.). — Primary benign tumor of the ureter (*The urol and cul review, avril 1934, p. 232*).
- BALLERIO (L.). — Su un caso di tumore ureterale (*Urologia, an 17, fasc. 6, 20 déc. 1950, p. 569*).
- BEER. — Aseptic Néphro-ureterectomy for primary papilloma of ureter (*Annales de Chirurgie de Philadelphie, 1921, LXXIV*). — Hématonéphrose sur un polype de l'uretère inférieur (*Inter. Journ. of Surg, vol. 34, N° 7, p. 24, 1921*).
- BENETI (M.-J.). — Solitary benign papilloma of the ureter (*The British Journ. of Urol., vol. 18, N° 2, juin 1946, p. 67*).
- BETAGH (d'après ASHNER). — Primary tumors of the ureter (*Surg. Gyn. and Obstr., Chicago, 1922*).
- BIEDERMANN (C.). — Beitrag zur Kenntnis der gutartigen Harnleitersgeschwülste mit Abbildungen (*Zeitschrift für Urol., 44, Heft 10, Band 1951, p. 680*).
- BINZIC. — (*Cité par Bergendal*). (*Zeitschr. f. Urol., 25, 649, 1931*).
- BLOTT WIER (P.). — Nierenbecken ureter Papillomatosen (*Wien medizin. Woche, 36-37, 1936*).
- BOWEN. — Obstructing papilloma of the ureter (*New England Journal of Medicine, Mai 1929, p. 1091*).

- BRIDGE and KIRLAND. — (*Med. Journ. Australia*, 1-160, 1934).
- BRUNET. — Über Zottengeschwülste des Ureters (*Gynask. Rundschau, Berlin*, 1907).
- CARLIER. — (*Cité par Jeanbrau*). (*Encyclopédie d'Urologie*, t. III).
- CASSUTO. — Uropyonéphrose due à un papillome implanté sur le méat urétéral (*Lyon chirur.*, XXIV, 1927, mai-juin, p. 254).
- CAUVIN. — Contribution à l'étude des polypes primitifs et bénins de l'uretère (*Thèse, Paris*, juin 1944).
- CHAPPLAIN. — Les papillomes de l'uretère (*Thèse, Paris*, 1923).
- CERATI. — Les tumeurs épithéliales primitives de l'uretère et leur traitement (*Thèse, Montpellier*, 1930).
- CHAUVIN (E.) et CERATI. — Les tumeurs épithéliales primitives de l'uretère (*Archives des maladies des reins et organes génito-urinaires*, t. V, N° 6, 1931, p. 631).
- CHAUVIN (E.) et ROMIEU (M.). — Bilatéral polype and papillary adenomata of the ureter (*The urol and cut review*, juillet 1931, p. 415).
- CHEVASSU (M.). — L'obstacle urétéral, cause essentielle des vraies hydronéphroses (*Soc. Fr. d'Urol.*, 21 nov. 1949; *Journal d'Urol.*, t. 55, N° 11-12, 1950, p. 908). — Tumeur papillomateuse de l'uretère sus-vésical, démontrée par l'uré-téropyélographie rétrograde (*Bul. et Mém. Soc. Chir. Paris*, t. LVIII, N° 16, 16 mai 1931, p. 683).
- CHWALLA (R.). — On œdematous « tumors » of the ureteric papilla (*British Journal of Urol.*, t. 1, N° 4, déc. 1929, p. 403).
- COHN (Théodor). — A propos d'un fibrolipome de l'uretère, contribution à l'étude clinique de l'hématurie (*Zeitschr. f. urol. Chir.*, t. XXXIV, fasc. 3-4, 10 mars 1932, p. 282-293).
- COLSTON (S.A.C.). — Primary tumor of the ureter néphro-ureterectomy (*John's Hopkins Hospital Bulletin, Baltimore*, 55-361-440, déc. 1934). — Primary tumors of the ureter (*Transactions of the Amer. Assoc. of the génito-urinary Surgeons*, vol. XXVI, 18 mai 1932, p. 4.)
- CRANE. — Primary tumors of ureter (*California Wrest md.*, 1938, XLVIII, 442-444).

- CULVER. — Benign epithelial tumors of ureter (*Surg. clin., Chicago, t. IV, 1920*).
- DANTE (T.) et TRABUCCS (A.). — Tumor de extremidad inferior de ureter (*Rev. Argent. urol., VI-18, 31, février 1929*).
- DAY (R.V.), FAIRCHIL (Fr.D.), MARTIN (H.W.). — A plan for the early diagnostic and management of primary papillomata of the ureter and Kidney pelvis (*Surg. Gyn. and Obst., avril 1925, p. 485*).
- DIX (V.-W.). — Papilloma and intussusception of the ureter (*Proc. R. Soc. Med. 30, N° 4, 1937, p. 456*).
- DJING JAM KU. — Ein Beitrag zur Kenntnis des primären Uretertumoren (*Zentralblatt f. allg. Path., 15 février 1925*).
- DOZ (S.A.). — Weitere Beiträge zur Kenntnis der primären Uretertumoren (*Zentralb. für allg. Path., Jena, 1924-25, t. XXXV, p. 548*). — Tumeur du bassin et de l'uretère (*Zeitschr. f. Urol., 22*).
- DOSSAT. — Tumeurs du bassin et de l'uretère (*Gaz. Méd. de France, 15 avril 1931, N° 210 bis*).
- EPSTEIN (G.-S.). — Die Bedeutung der modernen Untersuchungs Methoden der Harnleiter (*Zeitsc. f. Urol. Chirur., t. XXXIX, N° 1 et 2, 19 mars 1934*).
- ETTORE (E.). — Papillomatosi ureterale (*Policlinico (Sez. Chir.), N° 1, 1924, p. 13-21*).
- EVERIDGE (J.). — Primary papilloma of ureter secondary hydronephrosis and transplant deposits, in bladder. Renoval of Kidney and ureter, Recovery (*Proc. R. Soc. Med., 30, N° 4, 1937, p. 449*).
- FALAISE (M.-J.). — Tumeur primitive de l'uretère pelvien (papillome). (*Journal d'Urologie, t. LI, N° 3-4, mars-avril 1943*).
- FORBMANN (W.). — Fibromatosen ureter Polyp. (*Zeitschr. f. Urolog, 44, 17, heft 10, Band 1951, p. 708*).
- GAUJOUS (J.) et CALMET. — Papillome primitif de l'uretère. Néphro-uretrectomie totale (*Soc. Fr. d'Urologie du Sud-Est, 18 mars 1951. — Journal d'Urologie, t. LVII, N° 3-4 1951, p. 235*).
- GILBERT. — Studies of natural history of genito urinary tumors, primary tumor of ureter. Autopsy study and review of literature.

- GOTTLICH. — Des tumeurs de l'uretère (*Novaia Klirourghia*, N° 2, 1926, p. 149, 159).
- HAMER, MERTZ et WISHARD. — *Journal Urol.*, 29, 43, 1933.
- HELPER (P.). — Zur Klinik der primären Tumoren der Harnleiters (*Zeitschr. f. urol. Chir.*, t. XXXIII, f. 3 et 4, octobre 1931 p. 240-255).
- HERESCO. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1909.
- HERMANN SCHNEIDER. — Ein seltsames Papillom des Ureters (*Zeitschr. f. urol.*, 31, N° 2, 1937, p. 130).
- HINZ (W.) et MOHNKE. — Primäres Karzinom des Harnleiters (*Zeitschr. f. Urol.*, 44, Band 6, 1951, p. 384).
- HOFFMAN. — Zur Kasuistic der Tumoren des Ureters (*Zeitschr. f. Urol.*, Berlin, 1916, X, p. 369).
- HOSEL MAX. — Zur Diagnose und Behandlung der Harnleitertumoren (*Zeitschr. f. Urol.*, 30, N° 7, 1936, p. 481).
- HUC. — Un diagnostic difficile d'hématurie : le polype de l'uretère (*Paris Médical*, 1924, t. LIII).
- HUNNER (G.-L.). — Intersusception of ureter due to large papilloma like polyps (*Journal Urol.*, XL, 752-765, déc. 1938).
- HUNTER (A.-W.). — Primary tumor of the ureter and results in three cases (*Journal of Urol*, Baltimore, vol. 33, N° 5, mai 1935, p. 443).
- JEBENS. — *Thèse Strasbourg*, 1894.
- KEY (E.) et AKERLUND (A.). — Über die Diagnose des Ureter-tumoren (*Deutsch. Zeitschr. f. Urol.*, t. CC).
- KLEINSCHMIDT (R.). — Beitrag zur Kenntnis der primären Uretertumoren (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.*, t. CXCI, N° 1-2, 1925).
- LAHAYVILLE. — *Arch. des mal des reins*, 1931, p. 591.
- LANCEREAUX. — Dictionnaire Dechambre.
- LEDENTU et ALBARRAN. — Papillomes de l'uretère. Néphro-ureterectomie totale (*Bulletin Acad. Méd. Paris*, 1899, XLI).
- LOFFLER (L.). — Ein Fall von primären Ureterpapillom (*Wiener urol. Gesellsch.*, 21 janvier 1925. — *Zeitschr. f. urol. Chir.*, t. XVII, N° 5-6, mai 1925, p. 370).
- MACKENRODT. — Full lines papillom des rechten Ureters (*Zeitschr. f. Berburtch. Gynäck, Stuttgart*, 1903).

- MALHERBE et VIGNARD. — *Gazette Médicale de Nantes*, 1912, p. 91.
- MARION. — De l'étincelage des papillomes de l'uretère (*Journal d'Urologie*, sept. 1919). — Les polypes de l'uretère XXIII^{me} Congrès, Assoc. Fr. d'Urol., 1923). — *Traité d'Urologie* (Masson, 1940).
- MASINA (F.). — Tumours of the vesical end of the ureter (*The urol and cut review*, 55, N° 3, mars 1951, p. 141).
- MAYER (A.). — Über Ureterpolyp (*Zentralb. f. Gyn.*, fasc. 53, N° 23, juin 1929, p. 1452).
- MAZIO. — Un caso di papillomi primitivi dell'uretere (*Giorn. D. R., Accad. di Medec. di Torino*, 1904, t. X, p. 193).
- MELICOW (M.) et FINDLAY (H. V.). — Primary benign tumors of the ureter. Review of literature and report of a case (*Surg. Gyn. and Obst.*, avril 1932, p. 680).
- MICHON (L.), DELINOTTE (P.), CHATAIN (V.). — Deux observations de papillomatose urétérale primitive et isolée (*Journal d'Urologie*, 55, N° 5-6, 1949; *Soc. Urol.*, 15 juin 1936).
- MICOLORICH. — Voranschaung eines Uretertumors bei Nierentuberculose (*Zeitschr. f. Urol.*, 44, Band 6, 1951, p. 384).
- MORTENSEN (H.) et MURPHY (L.). — Primary epithelial tumors of the ureter (*British Journal of Urology*, 22, N° 2, juin 1950, p. 103).
- MOSINA (F.). — Tumours of the vesical end of the ureter (*British Journal of Urology*, 22, N° 4, décembre 1950, p. 320).
- NECKER. — Ein folglicher Fall von Uretertumor (*Ost. urol. Ges. Zeitschr. f. urol. Chir.*, 43, N° 5, 1937, p. 476).
- NEELSEN. — *Zieglers Beiträge*, 1888.
- NEWIRT. — Tumeurs de l'uretère pelvien (*Losop. lek. Cosk*, 1928. t. LXV, N° 2, p. 47).
- PARKER (G.). — Un papillome primitif de l'uretère (*Journal Urol.*, 45, N° 1, janvier 1938).
- PATCH. — Primary tumors of the ureter (*Urol. cut. review*, 1938, p. 625; *Journal urol.*, 25-193, 1931).
- PFLOUMER (E.). — Über das intramural Ureterpapillom, seine Diagnostic und Behandlung (*Zeitschr. f. Urol.*, t. XXIII, N° 6-7, p. 589).
- PLACEO. — Polipo granulomatosa dell'uretere (*Bull. et mem. d. Soc. Piemont. di Chir.*, déc. 1933).

- PLAVAZZANO. — Raro caso di tumore comettivale primitivo dell'uretere procidente nella vesica (*Archivo italiano di Urol.*, 24, fasc. 4, p. 313).
- POLLAK (W.). — Ein Ureterpolyp. Grundsätzliches zur Polypenfrage (*Zeitschr. f. urol. Chir.*, t. XLI, N° 1, 1935, p. 74).
- PRETORIUS. — *Zeitschr. f. Urol.*, 1914, p. 415).
- RAVICH (A.). — Neuro fibroma of ureter : report of case, with operation and recovery (*Arch. of Surg., Chicago, mars 1935*).
- ROOME (H.W.), FLETT (R.H.) et SPOOMER (C.M.). — Biopsy of the intra-ureteral tumours by endoscopic means (*Brit. Journ. of Urol.*, 23, N° 1, mars 1951, p. 23).
- SINNREICH (W.). — Zur Klinik und Therapie der primären Ureterpapillome (*Arch. f. Klin. chir.*, t. CLXXIX, 1934).
- SORRENTINO. — Tumeur de l'uretère gauche faisant issue dans la vessie (*Journal d'Urologie*, t. XXXVIII, N° 4, oct. 1934).
- STAMPINATO. — Tumori primitivi dell'uretere (*Arch. Ital. d'Urol.*, vol. IX, fasc. 4 oct. 1932).
- STEWART (R.L.). — Primary tumours of the ureter (*British Journ. of Urol., Bristol*, t. XIII, N° 52, p. 667).
- SUTER. — Beitrag zur Kenntnis der primären Ureterkarzinom (*Zeitschr. f. urol. Chir.*, Band X, 1922). — Primary ureter papilloma, nephro ureterectomy, recovery (*Urol. cut. rev. suppl., Saint-Louis*, 1913).
- TAKAHASHI. — Curieuses tumeurs urétérales observées au cours de la cystoscopie (*Journal d'Urologie*, t. XXIV, N° 51, nov. 1927; N° 81, p. 435).
- TCHATCHIACHVIK. — Tumeurs papillaires du bassinet et de l'uretère (*Thèse, Paris*, juin 1935).
- THOMAS (G.-L.) et REGNIER. — Tumeurs du bassinet et de l'uretère (*Journal of Urol.*, II, 205).
- UTEAU. — Polype de l'uretère a apparitions intermittentes dans la vessie (*Assoc. Franç. d'Urol.*, XXXIV, 772-776, 1934).
- VATKINS (K.H.). — Primary papilloma of the ureter (*Proc. Roy. Soc. med.*, 31, N° 9, juillet 1938).
- VON SAUER (H.) (Berlin). — Des tumeurs urétérales primitives, clinique et pathologie (*Zeitschr. f. urol. Chir.*, t. XXXIV, fasc. 3-4, 16 mars 1932, p. 165-178).
- WALTER. — *Zentralb. f. Harn und Sex-Organ*, 1903.
- WALTERS. — *Brit. Journ. Surg.*, 1933, 20, 682.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	17
Etiologie	19
Rappel anatomo pathologique	21
Symptomatologie	23
Diagnostic	29
Complications	30
Traitement	33
Observations	35
Conclusions	40
Bibliographie	43

